

様式第2号(第4条関係)

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い申請用証明書

年 月 日

伊予市長 様

(被接種者情報)※申請者が記入

住 所 : _____

氏 名 : _____

生年月日 : _____

上記の者がヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを接種したことを証明します。

ワクチンの種類			
予防接種を受けた年月日	1回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 ml
	年 月 日		
	2回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 ml
	年 月 日		
	3回目	ロット番号	接種量
	接種年月日		0.5 ml
	年 月 日		

実施場所 :

医療機関コード :

医師名 :

医師署名又は記名押印 :